

CT検査依頼書《予約票》

患者様用

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称

科・医師名

電話番号

来院予定日時	年 月 日	午前	時	分
ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日生
患者様お名前	様			
患者様ご住所	〒 -	電話番号	(自宅) () -	(携帯)

注意事項

- 当日持参いただくもの
 - CT検査依頼《予約票》 ・紹介状 (CT検査依頼書《診療情報提供書》)
 - 画像データ (CD・フィルムなど 主治医より指示があった分)
 - 保険証 ・各種受給証

造影検査を受ける方のみ 採血結果があれば(3ヶ月以内のもの)

- 検査費用 (クレジットカードはご利用頂けません)

2. 食事制限

腹部・骨盤撮影および造影検査の方	検査3時間前から絶食。(3~4時間前に食事される場合は、軽めにして下さい) 水・お茶なら検査前まで飲水可能。
上記以外の方	食事・飲水制限はありません。

※造影検査の有・無がわからない場合は、絶食をお願いします。

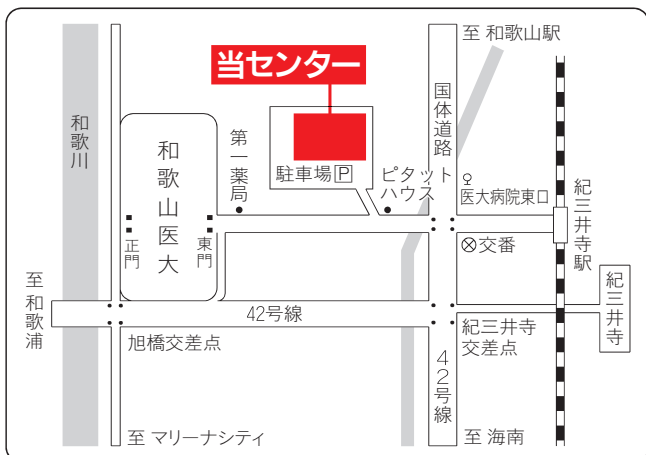
3. 検査当日は、時間に十分余裕を持ってお越し下さい。

なお、当日来院出来ない場合は、必ずお早めに下記のところまでご連絡下さい。
検査の内容によっては、予約時間どおりにいかない場合がございますが、ご了承下さい。
造影剤使用の場合、副作用等の観察の為、検査終了後30分程度院内に待機して頂きます。
妊娠の可能性のある方、授乳中の方は主治医にお申し出下さい。

CT検査予約票の1枚目と依頼書の2枚目は依頼医師がお書き下さい。

造影検査ご希望の場合、《造影剤使用について一問診、説明および同意書》もご記入下さい。

※高校生以下の方は必ず保護者の同伴が必要です。



和歌山画像診断センター

医療法人 昭陽会 和歌山南放射線科クリニック

〒641-0012 和歌山市紀三井寺870-2

TEL 073-447-3300

FAX 073-447-3636



当施設地図



ホームページ

※撮像に関する特別なご指示は、お手数ではございますが、直接CT担当技師までご連絡下さい。

CT検査依頼書《診療情報提供書》

紹介医療機関様控

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

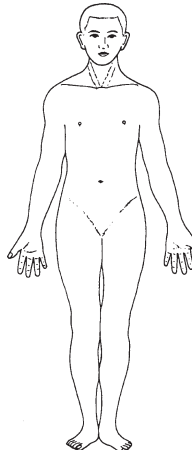
医療機関の所在地及び名称

科・医師名

電話番号

来院予定日時	年 月 日	午前 午後	時 分
ふりがな		男・女	生年月日 年 月 日生
患者様お名前	様		
患者様ご住所	〒 -	電話番号	(自宅) () - (携帯)

※下記の事項について、依頼医師がご記入下さい。

臨床診断		所見	不要・要 (返却希望日 月 日)
		画像	CD-R ・ フィルム
臨床経過 検査目的			
撮像手技	ルーチン・特殊撮影 (血管系・3D撮影等)	具体的な範囲がありましたら 下記にご記入下さい。	
撮影部位	頭部：脳・下垂体・内耳道・副鼻腔・血管・その他		
	頸部：甲状腺・血管・その他		
	胸部：心臓・肺・縦隔・食道・乳房・血管・その他		
	腹部：肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・血管・その他		
	骨盤腔：膀胱・子宮・卵巣・前立腺・血管・その他		
	関節：〔 〕 関節		
	四肢：〔 〕		
	血管：〔 〕 動脈・静脈		
その他：〔 〕			
造影撮影	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影	体重	kg
	血清クレアチニン： mg/dl (採血年月日) 年 月 日		
検査に必要な 確認事項	患者の状態： <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー ()		
	感染症： <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他 ()		
	アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	糖尿病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内服薬名：)		
	褐色細胞腫： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	甲状腺疾患： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
妊娠の可能性： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

CT検査依頼書《診療情報提供書》

和歌山画像診断センター

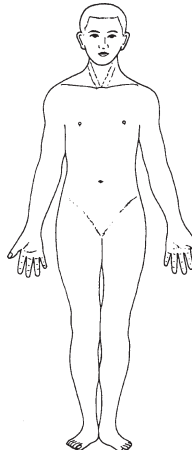
医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 _____
科・医師名 _____
電話番号 _____

来院予定日時	年 月 日	午前 午後	時 分
ふりがな		男・女	生年月日 年 月 日生
患者様お名前	様		
患者様ご住所	〒 -	電話番号	(自宅) () - (携帯)

臨床診断		所見	不要・要 (返却希望日 月 日)
		画像	CD-R ・ フィルム
臨床経過 検査目的			
撮像手技	ルーチン・特殊撮影 (血管系・3D撮影等)	具体的な範囲がありましたら 下記にご記入下さい。 	
撮影部位	頭部：脳・下垂体・内耳道・副鼻腔・血管・その他		
	頸部：甲状腺・血管・その他		
	胸部：心臓・肺・縦隔・食道・乳房・血管・その他		
	腹部：肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・血管・その他		
	骨盤腔：膀胱・子宮・卵巣・前立腺・血管・その他		
	関節：〔 〕 関節		
	四肢：〔 〕		
血管：〔 〕 動脈・静脈			
その他：〔 〕			
造影撮影	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影	体重	kg
	血清クレアチニン： _____ mg/dl (採血年月日) _____ 年 月 日		
検査に必要な 確認事項	患者の状態： <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー (_____)		
	感染症： <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	糖尿病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内服薬名： _____)		
	褐色細胞腫： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	甲状腺疾患： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
妊娠の可能性： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			